

## 診療・検査予約申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな 患者様氏名		性別	男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所					
	(TEL      -      -      )				
受診希望日	平成 年 月 日 ( ) 時				
貴 院 名 住 所 電話・FAX					医師名
現在、貴院に	通院中 ・ 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)				

●診療申込書

受診科名		医師名	
主訴又は病名			
紹介の目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 ・ 上部消化管内視鏡検査 (食道・胃・十二指腸) ・ 下部消化管内視鏡検査 (大腸・直腸) ・ 気管支鏡検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 (      )		

●検査申込書

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 (      ) 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】
MR I 検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 (      ) 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】
R I 検査	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺 (血流) <input type="checkbox"/> 心筋 (安静時) <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 (      )
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 (      )

その他当院への連絡事項	
-------------	--

以下につきましては、カルテや保険証のコピーを同時にFAX頂いて結構です。受診歴がある場合は記載不要です。来院の際は必ず保険証の原本をお持ち頂きますよう、患者様へお伝えください。

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別	備 考
			本人・家族	
公費番号	公費負担者番号	受給者番号	負担割合	
			1割・2割・3割	

【送信先】 独立行政法人国立病院機構 東京都病院 地域医療連携室  
 電話 (直通:ダイヤルイン) 0774-52-0114  
 ※アナウンス後に、231をプッシュしてください。  
 電話 (病院代表) 0774-52-0065  
 FAX 0774-58-0270